



# El paciente geriátrico y su relación con la farmacoterapia

## Un desafío para la salud pública

**Objetivos**  
Realizar una **revisión** de los principales problemas en relación con los cambios fisiológicos y la farmacoterapia.  
**Identificación** de las principales medidas de mejora.

**Metodología**  
Para el desarrollo del trabajo se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica.

Universidad Complutense de Madrid

JEX MOLINER, C; MORATINOS PALOU, J.

## INTRODUCCIÓN

En nuestro país los mayores de 65 años representan un **17%** de la población, porcentaje que va en aumento. Consecuencia de esto es la prevalencia de enfermedades crónicas que suponen un incremento del gasto sanitario y un desafío para el Sistema Nacional de Salud. En el presente trabajo se analizarán los principales cambios fisiológicos, farmacocinéticos y farmacodinámicos, de este colectivo, así como los principales problemas relacionados con los medicamentos (PRM), entre los que se incluyen las reacciones adversas e interacciones. Por último, se expondrán las principales herramientas que tenemos a nuestro alcance para atajar los problemas de prescripción inadecuada y omisión de fármacos. Se hace difícil abarcar este problema, debido a la heterogeneidad de este grupo y a la falta de inclusión en ensayos clínicos. Se ha demostrado que trabajar de manera coordinada para disminuir la aparición de estos problemas supone una reducción considerable del gasto y, por lo tanto, un beneficio para la comunidad.

**Cambios en el anciano**

Los ancianos se pueden clasificar en **4 grupos** dependiendo de su capacidad funcional, grado de dependencia, y alteración social o mental:

- ANCIANO SANO
- ANCIANO ENFERMO
- ANCIANO FRÁGIL
- ANCIANO GERIÁTRICO

Es importante saber que no es posible predecir el estado de salud de un individuo únicamente en función de su edad. De hecho, la población anciana no es homogénea. Personas de la misma edad presentan estados de salud muy diferentes.

En **anciano frágil** merece mayor atención debido a su estado de:

- Absorción
- Distribución
- Metabolismo
- ELIMINACIÓN**

**PREDISCAPACIDAD**

**Reacciones adversas**

Responsables, directa o indirectamente, de un **18%** de las muertes hospitalarias

28% prevenibles

Los factores de riesgo:

- Cambios fisiológicos y deterioro de sistemas homeostáticos
- Elevada prescripción de fármacos debido a la pluripatología
- Factores psicosociales: automedicación, falta de adherencia, error en las tomas y problemas nutricionales

El 51% de las RAM son causadas por:

- 16% antiagregantes
- 16% diuréticos
- 11% AINES
- 8% anticoagulantes

Constituyen la **4ª causa de muerte** en el anciano, tras la cardiopatía isquémica, el cáncer o el ictus.

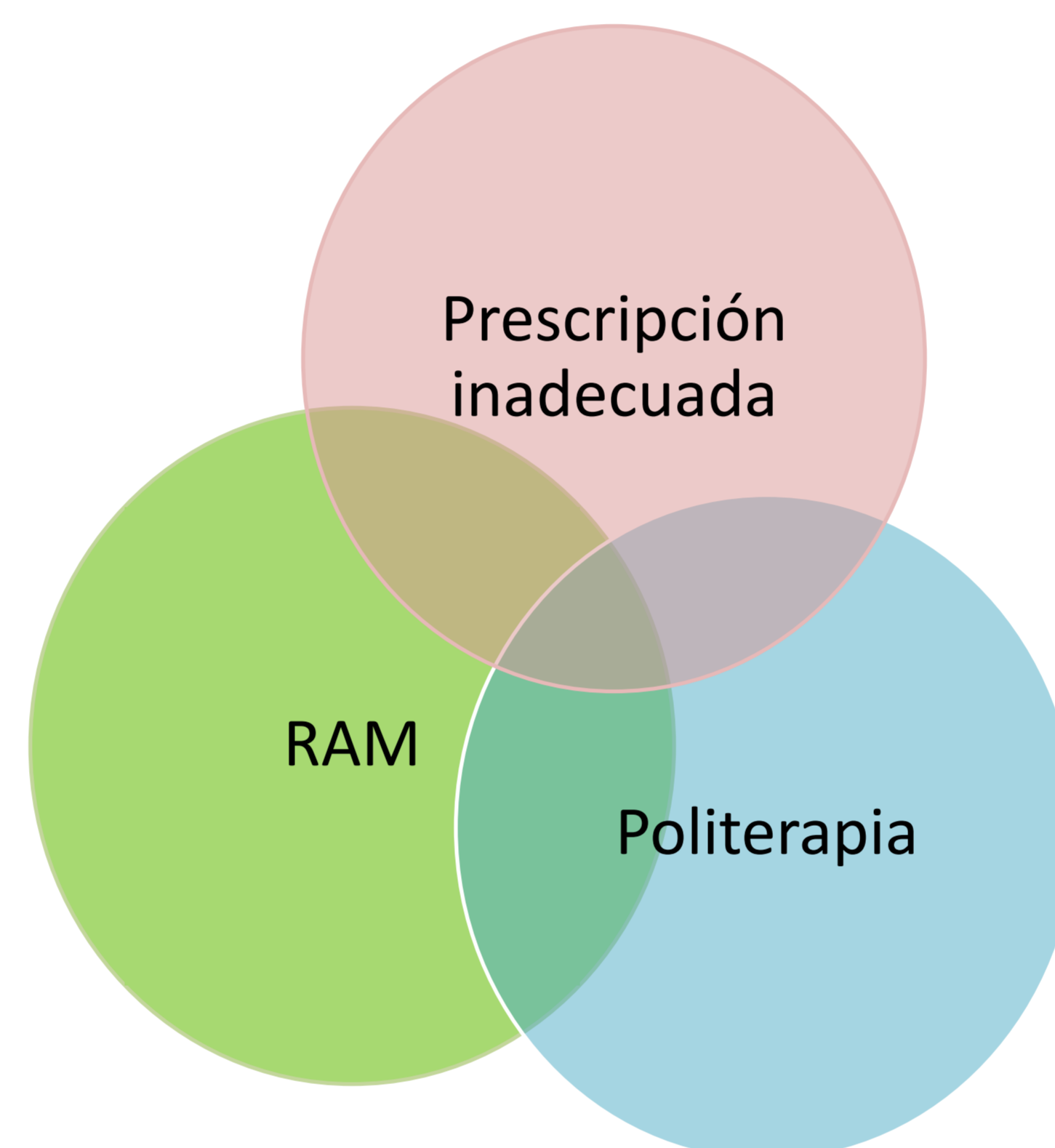
PROBLEMA → **Cascada de prescripción**

Muchas veces, efectos tales como las alteraciones en el equilibrio, caídas, somnolencia y confusión, vértigos y mareos, simplemente se atribuyen a la edad del paciente o a otro síndrome geriátrico, descartándose la probabilidad de RAM.

**FÁRMACO 1**  
RAM interpretada como patología médica nueva

**FÁRMACO 2**  
RAM interpretada como patología médica nueva

**FÁRMACO 3**



Entre el 65-94% de los ancianos consume algún fármaco, debido a esto, este grupo representa el 50% del gasto farmacéutico total.

Hay que mencionar la importancia de la **figura del médico geriatra**. Esta especialidad se encarga de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades de las personas de la tercera edad. El abordaje de la polifarmacia debe ser de tipo interdisciplinario. Se debe seguir un plan de tratamiento integral en el que se establezca un completo seguimiento del paciente.

## La prescripción inadecuada

Se considera inadecuado el uso de fármacos con una frecuencia, duración o dosis superior a la indicada, el uso de medicamentos con elevado riesgo de interacciones y la prescripción de medicamentos duplicados o de la misma clase.

Causas más frecuentes de PPI

- Duplicidades terapéuticas
- BZD de vida media larga
- AAS sin indicación

Debemos valorar individualmente a cada paciente, alcanzando un **equilibrio Riesgo-Beneficio**. No siempre las interacciones son evitables.

La **falta de adherencia** constituye un importante problema de salud pública, con una prevalencia media del 50% en patologías crónicas. Presenta causalidad multifactorial. Distintos trabajos indican que entre un tercio y la mitad de los ancianos tratados no cumplen adecuadamente los tratamientos y más del 90% toman dosis menores de las prescritas.

## La politerapia

Afecta al **34,2%** de los ancianos

Por polifarmacia se entiende el uso concomitante de cuatro o más medicamentos. Se trata de una cifra comúnmente aceptada, puesto que todavía no existe ningún consenso.

Está relacionada directamente con el nuevo escenario epidemiológico: han disminuido las tasas de natalidad y mortalidad y, por el contrario, la esperanza de vida ha aumentado → **HAY MÁS ENFERMEDADES CRÓNICAS**

En el anciano, la causa fundamental de politerapia es la **comorbilidad** (presencia concurrente de 2 o más enfermedades diagnosticadas médicamente en el mismo individuo).

## CONCLUSIONES

El aumento de la esperanza de vida en España y el nuevo escenario epidemiológico, con un incremento de enfermedades crónicas, suponen un reto para el Sistema Nacional de Salud.

Las personas que consumen un mayor número de fármacos son más susceptibles de sufrir problemas relacionados con medicamentos, entre los que encontramos RAM e interacciones. Estos PRM son causa de ingresos hospitalarios y defunciones. El gasto sanitario que todos estos eventos generan, suponen alrededor del 50% total.

Todo esto, sumado a la falta de adherencia de la población geriátrica, separa la eficacia de la efectividad de un determinado fármaco, apareciendo nuevos síntomas y reacciones que generan otra prescripción, fenómeno conocido como "cascada de prescripción".

Se trabaja desde hace años para la optimización de métodos que detecten las PPI. Entre los más utilizados en nuestro país encontramos los Criterios de Beers y los Criterios STOPP/START.

Consideramos este tema un punto fundamental en el ámbito de la sanidad debido a que en todos los aspectos supone un beneficio ya sea para el paciente, mejorando su calidad de vida y el número de hospitalizaciones, como para la reducción del gasto sanitario.

Por todo ello, los diferentes especialistas debemos trabajar aunando nuestros esfuerzos para conseguir un diagnóstico integral de cada uno de los pacientes, ya que constituyen un grupo muy heterogéneo de personas con necesidades sanitarias muy diferentes.

## ¿CÓMO LO ATAJAMOS?

Entre los Criterios para la detección de PPI podemos diferenciar dos tipos:

- 1) Implícitos:** Se basan en juicios críticos y suelen ser más válidos.
- 2) Explícitos:** Se basan en criterios previamente definidos, siendo más fiables. Algunos no tienen en cuenta la particularidad de cada paciente.

A continuación se compararán dos de los métodos explícitos más utilizados:

### CRITERIOS DE BEERS

### CRITERIOS STOPP-START

Última fecha de actualización	2012	Octubre 2014
Indicaciones	53	87+34
Finalidad	Detallar en listados: - Medicamentos potencialmente inapropiados y grupos a evitar, sin importar enfermedad o condición. - Medicamentos potencialmente inapropiados y grupos a evitar, en mayores con ciertas patologías o síndromes. - Medicamentos que se pueden utilizar pero merecen un nivel extra de precaución y vigilancia médica.	Recogen los errores más comunes del tratamiento y de omisión de fármacos en la prescripción. - <b>STOPP:</b> Recomendaciones sobre los medicamentos que habría que evitar, en función de la situación clínica individual de cada paciente. - <b>START:</b> Detectan omisiones de prescripción de medicamentos que podrían beneficiar a los pacientes mayores.
Clasificación	Ordenados por familias de fármacos.	Ordenados por sistemas fisiológicos.
Valoración de medicamentos	Aislada.	Completa. Contemplan: Duplicidades, interacciones medicamentosas, medicamentos que incrementan el deterioro cognitivo y el riesgo de caídas.
¿Contemplan infraprescripción?	NO	SÍ

## Bibliografía

- MIRANDA, M., OLIVER, T. "Fisiología del envejecimiento". *Revista El farmacéutico*, [501], p. 54. [53-57 EF501 CURSO Indd]. 1 de marzo de 2014. <http://www.elfarmacéutico.es/numeros-de-la-revista-desde-el-2011/cursos/fisiologia-del-envejecimiento>
- GÓMEZ AYALA, A.E. "Paciente anciano. Tratamiento farmacoterapéutico a este segmento de la población". *Revista Offarm.* Vol. 26. Núm. 11. Diciembre 200 [http://i.e-sevier.es/es/revista/offarm-4/paciente-anciano-tratamiento-farmacoterapeutico-este-segmento-poblacion-13114085-ambito\\_farmacocutofarmacoterapia-2007](http://i.e-sevier.es/es/revista/offarm-4/paciente-anciano-tratamiento-farmacoterapeutico-este-segmento-poblacion-13114085-ambito_farmacocutofarmacoterapia-2007)
- CRUZ TOSCANO, M.M. "Farmacología en Geriatría. Polifarmacia, prescripción inadecuada en adultos mayores". [http://www.farmacmed.unam.mx/temas/salud/censosemanas/salud/anciano/15\\_Farmacologia.pdf](http://www.farmacmed.unam.mx/temas/salud/censosemanas/salud/anciano/15_Farmacologia.pdf)
- CANDELA, E. et al. "Adecuación de la prescripción farmacéutica en personas de 65 años o más en centros de salud docentes de Cáceres." *Revista Española Salud Pública*, Vol. 86 (4). Cáceres: 419-434. Julio-Agosto 2012.
- MERA, F. et al. "Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad ¿somos conscientes de ello?" *RevEspGeriatrGerontol.* 2011;46(3):125-130
- DELGADO SILVEIRA, E. et al. "Prescripción inapropiadademedicamentosenlospacientesmayores: los criteriosSTOPP/START" *RevEspGeriatrGerontol.* 2009;44(5):273-279